



GOVERNO DO  
ESTADO DO CEARÁ

Secretaria da Educação

**COORDENADORIA DE GESTÃO DE PESSOAS**  
**FORMULÁRIO PARA AFASTAMENTO INICIAL**  
**(Mestrado, Doutorado e Pós-Doutorado - Acadêmicos)**

NOME:	
EMAIL:	TELEFONE:
MATRÍCULA(S):	CPF:
ENDEREÇO COMPLETO:	
CIDADE:	CEP:
CARGO/FUNÇÃO:	
FORMAÇÃO INICIAL:	
DATA DO D.O.E DE ESTABILIDADE: ___/___/___	CH SEMANAL: _____h
LOTAÇÃO ATUAL: ( ) SEDUC/SEDE; ( ) CREDE ___; ( ) SEFOR; ( ) CONS. ESTADUAL DE EDUCAÇÃO	
( ) ESCOLA (nome):	
MUNICÍPIO:	

**INFORMAÇÕES SOBRE O CURSO**

CURSO:	
UNIVERSIDADE:	
LOCAL:	
( ) PÚBLICA	( ) PRIVADA
( ) PRESENCIAL	( ) SEMI-PRESENCIAL
DATA DE INÍCIO: ___/___/___	DATA DE TÉRMINO: ___/___/___



**GOVERNO DO  
ESTADO DO CEARÁ**  
*Secretaria da Educação*

RECONHECIMENTO DO CURSO: ( ) SIM; ( ) NÃO.      NOTA DA CAPES:

JUSTIFICATIVA:


Assinatura do requerente: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_